## MODULO A: RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI

Il/La sottoscritto/a _____ residente a _____

Via _____ tel/cell _____

In qualità di:

Genitore/tutore dell'alunno/a _____ Nato/a a _____

Il _____ frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola

□ Infanzia □ Primaria □ Secondaria di primo grado

Denominata _____

Sita nel Comune di _____

□ Operatore scolastico/docente presso la Scuola

□ Infanzia □ Primaria □ Secondaria di primo grado

Denominata _____

Sita nel Comune di _____

Ai fini della fruizione del servizio mensa per l'A.S.2022/2023

**CHIEDE**

La somministrazione di dieta speciale per :

- **ALLERGIA ALIMENTARE** □
  ( si allega certificato medico con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione ).
- **INTOLLERANZA ALIMENTARE** □
  ( si allega certificato medico con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione ).
- **CELIACHIA** □
  ( si allega certificato medico con diagnosi ).
- **DIETA SPECIALE PER ALTRE CONDIZIONI PERMANENTI QUALI MALATTIE METABOLICHE/DEFICIT ENZIMATICI** □
  ( si allega certificato medico con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione ).

I dati personali saranno trattati in conformità al D.L.g.s.196/2003 ( art.13 ) .

Data _____ FIRMA

**ALL.1**

**FAC-SIMILE DI CERTIFICATO MEDICO CON LE MINIME INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA**

Data _____

Si certifica che il bambino/a _____

Nato/a _____ il _____

Da quanto riferito dal genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale:

Sig.re/Sig.ra _____

Frequentante per l'anno scolastico 2022/2023 la scuola:

□ **Nido** □ **Infanzia** □ **Primaria** □ **secondaria di I° grado**

( barrare la scuola che interessa )

Denominata _____

Sita nel Comune di _____

Presenta :

□ **ALLERGIA ALIMENTARE ( SPECIFICARE _____ )**

□ **INTOLLERANZA ALIMENTARE ( SPECIFICARE _____)**

□ **CELIACHIA**

□ **MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO :**

**( SPECIFICARE _____)**

Pertanto:

□ **si richiede una dieta priva dei seguenti alimenti:**

_____

_____

_____

_____

_____

□ **Allega alla presente certificazione, in considerazione della particolare patologia sopra indicata, la dieta specifica**

Timbro e firma del Pediatra di libera scelta/Specialista